

Vorschläge für Maßnahmen zum Bürokratieabbau – Deutsche Krankenhausgesellschaft

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
1	Patientenquittung, § 305 Abs. 2 S. 5 SGB V	Gem. § 305 Abs. 2 S. 5 SGB V müssen Krankenhäuser allen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten sog. Patientenquittungen auf deren Verlangen entweder schriftlich oder elektronisch zur Verfügung stellen.	Alle Krankenhäuser	Alle Krankenhäuser haben diese Abfrage in ihrem Aufnahme-procedere verankert, teilweise wird Patienten ein Formular vorgelegt, ob sie die Patientenquittung wünschen oder nicht („Ja“/„Nein“-Abfrage).	Streichung, da dies bei Patientinnen und Patienten auf kein Interesse gestoßen ist und nur Aufwand für die Krankenhäuser bedeutet.
2	Frage nach / Datenübermittlung an Hausarzt, § 73 Abs. 1b SGB V	Gem. § 73 Abs. 1b SGB V muss jeder gesetzlich Versicherte nach seinem Hausarzt gefragt werden; zudem sind die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln, sofern Patient hierin einwilligt.	Alle Krankenhäuser	Enormer Aufwand, jeden GKV-Versicherten nach seinem Hausarzt zu fragen und Daten zu übermitteln; Belastung des Aufnahme-procedere.	Streichung, da viele Patientinnen und Patienten heutzutage keinen langjährigen/festen Hausarzt mehr haben und überdies über den Entlassbrief verfügen, den sie dem Hausarzt/sonstigen Weiter-/Nachbehandler ohnehin übergeben.
3	Mitteilung Pflegegrad, § 301 Abs. 2a SGB V i.V.m. § 17c Abs. 5 S. 3, 4 KHG	Gem. § 301 Abs. 2a SGB V haben die Krankenkassen den Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad eines Versicherten gem. § 15 SGB XI unverzüglich zu übermitteln, sobald das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten aufgenommen hat. § 17c Abs. 5 S. 4 KHG fordert hierfür zusätzlich eine Einwilligung des Patienten.	Alle Krankenhäuser	Alle privat Versicherten sind danach zu fragen; entsprechende Formulare für alle privat Versicherten sehen diese Abfrage vor. Gleiches gilt für die Einwilligung zur Übermittlung der KVNR, deren rechtlicher	Streichung des Einwilligungserfordernisses / § 17c Abs. 5 S. 4 SGB V. § 301 Abs. 2a SGB V liegt ohnehin als ausreichende datenschutzrechtliche Be-

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
				Übermittlungsstatus der Klarstellung bedarf.	fugnismorm für die Übermittlung vor. Die Übermittlung an eine zusätzliche Einwilligung zu knüpfen, obwohl das Krankenhaus Kenntnis von der PKV-Versicherung sowie sämtlichen Daten hat und ferner die Kenntnis des Pflegegrades für die Abrechnung erforderlich ist, entbehrt jeglicher Grundlage.
4	Patienteninformation und Einwilligung in Entlassmanagement in Schriftform, § 39 Abs. 1a S. 14, 15 SGB V	Das Entlassmanagement darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen, wobei sowohl die Information als auch die Einwilligung schriftlich oder elektronisch erfolgen müssen.	Alle Krankenhäuser	Für jeden gesetzlich versicherten Patienten müssen die beiden Formulare (Information und Einwilligung) ausgedruckt, dem Patienten übergeben, zurückerhalten und sodann im System gespeichert werden.	Streichung von § 39 Abs. 1a S. 15 SGB V und mithin der Schriftform der vorhergehenden Information sowie der Schriftform der Einwilligung. Nach der DS-GVO genügt eine „ausdrückliche“ Einwilligung den datenschutzrechtlichen Anforderungen, weshalb die Schriftform überobligatorisch ist. Zudem ist sie im Gleichklang mit der Datenübermittlung an den Hausarzt oder an die PKV -auf der Grundlage ausdrücklicher

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
					Einwilligungen – nicht nachzuvollziehen. (In letztgenannten Fällen: Schriftform bereits abgeschafft)
5	ePA (elektronische Patientenakte) – neu – Informationspflicht nach § 348 Abs. 4 S. 4, 5 SGB V	Gem. § 348 Abs. 4 S. 4 SGB V (in der ab 15.01.2024 geltenden Fassung) haben die Krankenhäuser die Versicherten darüber zu informieren, dass ihre Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 1 - 5, 10 - 14 und 16 SGB V auf ihr Verlangen in die ePA übermittelt und gespeichert werden können, sofern diese Daten im Rahmen der Krankenhausbehandlung des Patienten durch die Krankenhäuser erhoben und elektronisch verarbeitet werden.	Alle Krankenhäuser	Der im Zusammenhang mit der Neueinführung der ePA im Jan. 2025 stehende Aufwand ist enorm. Die Krankenkassen informieren die Patienten ohnehin in einer Tiefe, die kaum mehr erfassbar sein dürfte. Zusätzliche Informationspflichten, die flankierend zu den Krankenkassen auch noch die Krankenhäuser gegenüber sämtlichen Patienten erfüllen müssen, gilt es zu vermeiden. Interessierte Patientinnen und Patienten, die Interesse an der Befüllung mit weiteren Daten haben, werden sie aktiv auf die Leistungserbringer zukommen.	Streichung von § 348 Abs. 4 S. 4, 5 SGB V
6	Zuzahlungsinkasso nach § 43c Abs. 3 SGB V	Mit dem KHRG wurde § 43b SGB V – nunmehr § 43c SGB V – im Jahr 2009 dergestalt geändert	Alle Krankenhäuser	Die Krankenhäuser würden durch die Rückführung des Zuzahlungsinkasso auf die	Streichung von § 43c Abs. 3 SGB V.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>dert, dass die Einziehung der Krankenhauszahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V, einschließlich des vollständigen Inkasso- und Mahnverfahrens im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen vollumfänglich von den Krankenhäusern durchzuführen ist. Zuvor waren Krankenhäuser lediglich dazu verpflichtet, etwaige Zahlungen bei Entlassung der Patientinnen und Patienten einzuziehen und zu verrechnen. Für den Fall der Nichtzahlung lag das Mahn- und Inkassoverfahren in den Händen der gesetzlichen Krankenkasse.</p> <p>Die Änderungen durch das KHRG sollten rückgängig gemacht werden und die vorherige Rechtslage wiederhergestellt werden. Zum einen ist Gläubiger des Zuzahlungsanspruches ausschließlich die gesetzliche Krankenkasse und nicht das Krankenhaus. Zum anderen liegen sämtliche Informationen für die Durchführung des Inkasso, einschließlich Erkenntnisse über die Zuzahlungsverpflichtung oder sogar -befreiung bei der gesetzlichen Krankenkasse. Es wäre somit sachgerecht, dass auch die gesetzliche Krankenkasse das Inkasso bei ihren Versicherten durchführt.</p>		<p>vor dem KHRG geltende Rechtslage von dem gesamten Verwaltungsaufwand zur Durchführung des Inkasso befreit. Dieser sorgt seit Jahren in den Krankenhäusern für eine erhebliche zusätzlich Bürokratie.</p>	
7	§ 301 Abs. 3 SGB V – elektronische Übermittlung eines	Aus § 301 Abs. 3 SGB V lässt sich eine Pflicht zur Einholung einer separaten Einwilligung des Versicherten in die elektronische Übertragung	Alle Krankenhäuser	Bei allen GKV-Patienten, für die ein Antrag auf Anschlussrehabilitation im	In § 301 Abs. 3 SGB V sollten zur Klarstellung die Worte „auf Wunsch und

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
	Antrages auf Anschlussrehabilitation / Einwilligung der Versicherten	der Daten aus dem Antrag auf Anschlussrehabilitation einschließlich der Daten aus dem Ärztlichen Befundbericht durch das Krankenhaus an die jeweilige Krankenkasse ableiten. Der GKV-Versicherte willigt jedoch bereits im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V u. a. in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die damit verbundene Datenverarbeitung personenbezogener Daten ein. Im Rahmen der Einwilligung nach § 39 Abs. 1a SGB V darf die Krankenkasse die vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten, z. B. zur gemeinsamen Organisation einer Anschlussversorgung.		Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V gestellt wird bzw. die einen Antrag stellen, würde die Einholung einer zusätzlichen Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse, über die Einwilligung im Rahmen des Entlassmanagements hinaus, vermeiden.	mit Einwilligung der Versicherten“ durch die Worte „im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V“ ersetzt werden.
8	Krankenhausindividuelle, quartalsabhängige Prüfquote, § 275c Abs. 2 S. 2 ff SGB V	Gem. § 275c Abs. 2 S. 2ff SGB V wird für jedes Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen für jedes Quartal eine individuelle Prüfquote ermittelt.	Alle Krankenhäuser.	Ermittlung der krankhausindividuellen Prüfquote erfordert Verarbeitung einer Vielzahl von Daten. Gesetzliche Systematik führt zu Fehleranfälligkeit, da zum einen Fehler in der Datenübermittlung von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband erfolgen und zum anderen nachträgliche Änderungen	Ersetzung der krankhausindividuellen, quartalsbezogenen Prüfquote durch eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 %.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
				an der Beurteilung des Falles als beanstandet auf die Prüfquote keine Auswirkungen haben. Solch falsche Prüfquoten führen zu unnötigen Prüfungen und wirken sich auf ggfs. zu zahlende Aufschläge nach § 275c Abs. 3 SGB V aus. Letztlich besteht vielfach Unsicherheit, welchem Quartal welche Prüfung zuzuordnen ist.	
9	Aufschlagszahlung, § 275c Abs. 3 SGB V	Gem. § 275c Abs. 3 SGB V haben Krankenhäuser, bei denen eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, neben der Differenz zwischen ursprünglichem und gemindertem Abrechnungsbetrag einen Aufschlag zu zahlen. Dieser wird abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen des Krankenhauses durch Erhebung eines Prozentsatzes auf den Differenzbetrag errechnet, beträgt aber mindestens 300 €.	Alle Krankenhäuser, bei denen es aufgrund einer Prüfung des Medizinischen Dienstes zu einer Kürzung des Abrechnungsbetrages gekommen ist.	Die Berechnung der Höhe des Aufschlages ist kompliziert. Oft stellt sich die Frage, auf welches Quartal zur Berechnung der korrekten Zuschlagshöhe Bezug zu nehmen ist. Fehlende Regelungen zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Aufschlages lassen Rechtsstreitigkeiten hinsichtlich Grund und/oder Höhe des Aufschlages erwarten.	Streichung der Aufschlagszahlung, zumindest aber Änderung des Aufschlages vergleichbar zur Aufwandspauschale in eine Pauschale in Höhe von 300 €.
10	Qualitätskontrollen nach § 275a SGB V	Medizinische Dienste können prüfen, ob Krankenhäuser vorgegebene Strukturmerkmale einhalten. Dies erfolgt im Verfahren nach	Alle Krankenhäuser.	Zwar ist die Basis der Prüfungen unterschiedlich	Zusammenfassung dieser beiden Formen der Strukturprüfung dahingehend,

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
	und Strukturprüfungen nach § 275d SGB V	§ 275a SGB V, wenn es sich um Strukturmerkmale handelt, die der G-BA in Richtlinien geregelt hat, oder im Verfahren nach § 275c SGB V, wenn es sich um Strukturmerkmale handelt, die in einem OPS-Kode enthalten sind.		(Richtlinie des G-BA einerseits, OPS-Kode andererseits), Gegenstand der Prüfung ist jedoch stets die Frage der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die vielfach auch vergleichbar sind. Dennoch existieren zwei vollkommen unterschiedliche Prüfregime. Dies erfordert in Krankenhäusern hohe personelle und sachliche Aufwände sowohl bei der Vorbereitung als auch bei der Durchführung der Prüfung.	dass für beide Prüfungen nur noch ein einheitliches Prüfregime existiert (idealerweise Überführung der Qualitätskontrolle in das Prüfregime der Strukturprüfung).
11	Dreimonatige Vorhaltefrist bei Beginn der Leistungserbringung, § 275d Abs. 1a S. 2 Nr. 1 SGB V.	Beabsichtigen Krankenhäuser den Beginn der Erbringung von Leistungen, die die Einhaltung von in OPS-Kodes geregelten Strukturmerkmalen erfordern, hat das Krankenhaus diese Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige der Leistungserbringung vorzuhalten.	Alle Krankenhäuser, die mit der Erbringung einer Leistung in diesem Sinne beginnen möchten.	Den Krankenhäusern entsteht Aufwand in sachlicher, personeller und finanzieller Hinsicht für die Erfüllung der Strukturvorgaben sowie für die entsprechende Dokumentation.	Ersatzlose Streichung der dreimonatigen Vorhaltefrist.
12	Begutachtungsleitfäden des Medizinischen Dienstes Bund	Der Medizinische Dienst Bund erlässt Begutachtungsleitfäden sowohl zur Qualitätskontrolle nach § 275a SGB V als auch zur Strukturprüfung nach § 275d SGB V. Weder ist die DKG	Alle Krankenhäuser.	In den Begutachtungsleitfäden legt der Medizinische Dienst Bund vielfach über die MD-QK-RL des G-BA bzw. seine eigene, vom	Gesetzliche Klarstellung, dass Begutachtungsleitfäden, die über die MD-QK-RL des G-BA bzw. die StrOPS-RL hinausgehende

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		vor Erlass oder Überarbeitung eines Begutachtungsleitfadens zu beteiligen noch ist ein neuer oder überarbeiteter Begutachtungsleitfaden vom BMG zu genehmigen.		BMG zu genehmigende StrOPS-RL nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V hinausgehende Verfahrensschritte oder vom geprüften Krankenhaus zu übermittelnde Nachweise fest oder nimmt über den OPS-Kode hinausgehende bzw. zu diesem in Widerspruch stehende Definitionen vor. Dies führt zu Unsicherheiten und zusätzlichem Aufwand in personeller sowie sachlicher Hinsicht für die Krankenhäuser und vielfach zu Rechtsstreitigkeiten. Zwar ist der Begutachtungsleitfaden formell für die Krankenhäuser nicht verbindlich, wohl aber für die Prüfer des Medizinischen Dienstes, was im Ergebnis doch zu einer faktischen Verbindlichkeit der Begutachtungsleitfäden auch für die Krankenhäuser führt.	Anforderungen stellen oder darüber hinausgehende bzw. abweichende Definitionen beinhalten, unzulässig sind und jeder Begutachtungsleitfaden vor seiner Veröffentlichung analog der StrOPS-RL vom BMG zu genehmigen ist. Im Rahmen der Erstellung eines Begutachtungsleitfadens muss die DKG zudem zwingend eingebunden werden.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
13	Recht auf Auskunft / Herausgabe einer Kopie der Patientenakte, Art. 15 Abs. 3 DS-GVO i.V.m. § 630g Abs. 2 S. 2 BGB	Seit Jahren bestanden das Recht auf Herausgabe einer Kopie der Patientenakte gem. § 630g Abs. 2 BGB und das Recht auf Auskunft in den Regelungen der Bundesländer parallel nebeneinander. Während das Recht auf Auskunft (heute: Art. 15 DS-GVO) Gegenstände und Modalitäten der Datenverarbeitungsvorgänge/-prozesse als Umsetzung des informationellen Selbstbestimmungsrechts betrifft, stellt das Recht auf Einsichtnahme auf die medizinische Behandlung des Patienten, mithin auf seine Erkenntnisse bzgl. seiner Gesundheit, ab. Insofern betreffen beide Rechte einen anderen Rechtskreis und bestanden Jahrzehntlang nebeneinander. Durch die Rechtsprechung des EuGH vom 26.10.2023 (Rechtsache C-307/22), wonach die erste zur Verfügung gestellte Kopie kostenlos ist, wird der enorme Verwaltungsaufwand der Krankenhäuser nicht mehr finanziell abgesichert.	Alle Krankenhäuser, denen gegenüber das Recht auf Auskunft bzw. das Recht auf Einsichtnahme durch Patienten geltend gemacht wird.	Eine Entbürokratisierung ist nicht zu erreichen, aber zumindest eine Aufwandsentschädigung für die Verwaltungsaufgaben (Prüfung therapeutischer Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter, Herausuchen sämtlicher Behandlungsdokumentationen, usw.)	Änderung von Art. 15 Abs. 3 DS-GVO, z.B. durch Schaffung einer entsprechenden Öffnungsklausel.
14	Nach implantatbezogener Maßnahme: Kopie personenbezogener Daten an Patienten, § 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG.	§ 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG verpflichtet die KH aufgedrängt und unaufgefordert, jedem Patienten nach einer implantatbezogenen Maßnahme eine Kopie seiner personenbezogenen Daten, die das Krankenhaus an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle übermittelt hat, zur Verfügung zu stellen.	Alle Krankenhäuser, die implantatbezogene Maßnahmen durchführen	Bei allen Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, könnten „doppelte“ Informationen (Ausdruck und Übergabe/Hinterherschicken von Unterlagen) vermieden werden.	Streichung von § 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG, da dies eine Dopplung zu erteilender Informationen darstellt: Der Patient/die Patientin erhält alle für ihn wichtigen Informationen ohnehin durch die Übergabe des Implantatpasses ausgehändigt.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
					Derartige zusätzliche, unaufgeforderte Informationen stehen im Widerspruch zu Art. 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Unterlagen heraus verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgeforderten (und zudem „doppelten“) Information erschließt sich nicht. Ferner steht eine ungefragte Information im Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gem. Art. 5 Abs. 1 c) DS-GVO
15	Nach implantatbezogener Maßnahme: Bestätigung über Verarbeitung personenbezogener Daten im Implantatregister,	Sofern Patientinnen und Patienten Auskunft über ihre im IRD gespeicherte Daten verlangen, muss irgendein Krankenhaus, das an das IRD angeschlossen ist, sämtliche Daten des Patienten, die über ihn im Register gespeichert und ggf. von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet worden sind, dem Patienten zur Verfügung stellen, obwohl dem	Alle Krankenhäuser, die implantatbezogene Maßnahmen in Bezug auf die nach Abschnitt 1 IRegBV vom Wirkbetrieb umfassten Implantattypen durchführen.	Alle Krankenhäuser, die an das IRD angeschlossen sind, können davon betroffen sein. Da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der	Streichung von § 22 Abs. 1, 2 IRegB, da Patienten bereits über diese Informationen verfügen und es keiner Bestätigung bedarf, dass die Daten tatsächlich gespeichert werden wie angekündigt/mitgeteilt. Den

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
	§ 22 Abs. 1, 2 IRegBV.	Patienten diese Informationen bereits vorliegen (Implantatpass und § 24 IRegG).		Mitarbeiter bedürften, besteht hier Entlastungspotential.	Patienten ist zuzumuten, die erhaltenen Daten aufzubewahren.
16	Dokumentenanforderung durch den Medizinischen Dienst, § 17c Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHG	Die Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen erweitern sich ständig. Vielfach fordert der Medizinische Dienst detaillierte Nachweise, die über die Vorgaben der OPS-Kodes hinausgehen.	Alle Krankenhäuser.	Krankenhäusern entsteht erheblicher Aufwand in personeller und sachlicher Hinsicht, um umfangreiche Dokumentationen zu erstellen und eine in der Regel umfangreiche Datensammlung für Prüfungen des Medizinischen Dienstes zusammenzustellen, da die Datenanforderungen oft unterschiedlich ausfallen. Zudem besteht oftmals Streit über Aussagekraft der angeforderten Unterlagen.	Verpflichtung von GKV-Spitzenverband und DKG, in der PrüfvV einen abschließenden, übersichtlichen Standarddokumentsatz zu vereinbaren, anhand dessen eine Abrechnungsprüfung stattfindet. Diese Standardunterlagen sind dann dem LE-Portal elektronisch zu übermitteln.
17	Erfüllung der Pflichten, die sich aus dem Lieferketten-sorgfaltspflichten-gesetz (§§ 4 bis 10 LkSG) ergeben.	Ziel des LkSG ist es, die Einhaltung von Menschenrechten und umweltbezogenen Pflichten in globalen Lieferketten sicherzustellen. Dazu sollen in Deutschland ansässige Unternehmen ab einer bestimmten Größe verpflichtet werden, ihrer Verantwortung in der Lieferkette durch die Implementierung von Sorgfaltspflichten besser nachzukommen.	Alle Krankenhäuser mit mindestens 1.000 Arbeitnehmern	Die Erfüllung sämtlicher im LkSG vorgesehenen Pflichten ist mit einem enormen Aufwand verbunden. Krankenhäuser müssen diese Pflichten erfüllen, obwohl sie aufgrund von teilweise vollständig ins Ausland verlagerten Produktionsstätten kaum bis gar keine	Schaffung einer Bereichsausnahme für die Krankenhäuser von den Pflichten des LkSG, da sie im Bereich der Daseinsvorsorge tätig sind.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Die diesbezüglichen im LkSG vorgesehenen Pflichten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung eines Risikomanagements (§ 4 Abs. 1 LkSG), • Festlegung einer betriebsinternen Zuständigkeit, z. B. Benennung eines Menschenrechtsbeauftragten (§ 4 Abs. 3 LkSG), • Durchführung jährlicher und anlassbezogener Risikoanalysen (§ 5 LkSG), • Abgabe einer Grundsatzerklärung zur Menschenrechtsstrategie (§ 6 Abs. 2 LkSG), • Verankerung von Präventionsmaßnahmen im eigenen Geschäftsbereich (§ 6 Abs. 1 und 3 LkSG) und gegenüber unmittelbaren Zulieferern (§ 6 Abs. 4 LkSG), • Ergreifen von Abhilfemaßnahmen (§ 7 Abs. 1 bis 3), • Einrichtung eines Beschwerdeverfahrens (§ 8 LkSG), • Umsetzung von Sorgfaltspflichten in Bezug auf Risiken bei mittelbaren Zulieferern (§ 9 LkSG), • Dokumentation der nach LkSG getroffenen Maßnahmen und Aufbewahrung dieser Dokumentation (§ 10 Abs. 1 LkSG) und 		<p>Möglichkeiten haben, den jeweiligen Einkaufsprozess umzustrukturieren und hiervon vielfach Produkte betroffen sind, die zwingend für eine adäquate Patientenversorgung erforderlich und für die Krankenhäuser daher unverzichtbar sind. Krankenhäuser stehen bei der Umsetzung des LkSG vor der schwierigen Frage, welche konkreten Maßnahmen sie ergreifen müssen, sollte sich bei der Nachverfolgung der Lieferkette herausstellen, dass die im LkSG statuierten Pflichten nicht eingehalten werden, es aber gleichzeitig keine Möglichkeit gibt, versorgungsrelevante Produkte anderweitig zu beziehen.</p>	

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<ul style="list-style-type: none"> • jährliche Berichterstattung über die nach LkSG getroffenen Maßnahmen gegenüber der Aufsichtsbehörde BAFA (§ 10 Abs. 2 LkSG). 			
18	NUB-Verfahren entbürokratisieren	<p>Im Jahre 2004 wurde das NUB-Verfahren für den stationären Sektor etabliert. Das Durchlaufen dieses beim InEK angesiedelten Verfahrens ist die Voraussetzung für die Abrechenbarkeit von innovativen Leistungen.</p> <p>Um sogenannte NUB-Entgelte abrechnen zu können, müssen von jedem einzelnen Krankenhaus die jeweiligen Leistungen jährlich wiederholt beantragt werden. Die Antragstellung ist Voraussetzung für die Verhandlung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, aber keine Garantie für die Vereinbarung von Entgelten.</p> <p>Das InEK musste für 2024 über 120.000 Anfragen der Krankenhäuser prüfen, die sich aber insgesamt nur auf 981 unterschiedliche Verfahren bezogen. Von diesen waren nur 27 Verfahren als nicht sicher zuvor schon gestellt eingestuft worden (Zahlen auf der Homepage des InEK für das Jahr 2024) D. h. zu ca. 950 Verfahren wurden also Wiederholungsanträge gestellt.</p>	Krankenhäuser, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK], Fachgesellschaften, Industrie, Krankenkassen	Sehr hoch Wiederholungsanträge für 2024: ca. 119.620 Einzelanträge für ca. 954 NUB.	Abschaffung der gesetzlichen Verpflichtung zur jährlich wiederkehrenden Antragstellung auch für bereits verhandlungsfähige NUB durch jedes einzelne Krankenhaus. Vereinfachte Informationsbeschaffung beim InEK z. B. durch Unterstützung von Fachgesellschaften und der Industrie.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
19	Vereinfachte Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel für Krankenhäuser bei Lieferengpass	Nach § 73 Absatz 3, Satz 1, 2. Halbsatz AMG dürfen Fertigarzneimittel, die nicht zum Verkehr in Deutschland zugelassen, registriert oder von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind, nach Deutschland verbracht werden, wenn sie in angemessenem Umfang, der zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses notwendig ist, zum Zwecke der vorübergehenden Bevorratung von einer Krankenhausapotheke oder krankenhauseversorgenden Apotheke unter den Voraussetzungen der Nummer 2 (in dem Staat rechtmäßig in Verkehr gebracht, aus dem sie in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbracht werden) bestellt und von dieser Krankenhausapotheke oder krankenhauseversorgenden Apotheke unter den Voraussetzungen der Nummer 3 (hinsichtlich des Wirkstoffes identische und hinsichtlich der Wirkstärke vergleichbare Arzneimittel für das betreffende Anwendungsgebiet stehen im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht zur Verfügung) im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis zum Zwecke der Verabreichung an eine Patientin oder einen Patienten des Krankenhauses unter der unmittelbaren persönlichen Verantwortung einer ärztlichen Person abgegeben	Krankenhäuser	Hoch Im Zuge der weiterhin bestehenden vielfältigen Lieferengpässe nach geltender Rechtslage erhebliche zusätzliche Belastung der Krankenhausapotheken	Änderung von § 18 Absatz 1 Satz 1 ApBetrO. Einfügung eines neuen Satz 2: <i>„Im Falle der Verbringung von Fertigarzneimittel nach § 73 Absatz 3, 2. Halbsatz des Arzneimittelgesetzes in den Geltungsbereich dieser Verordnung entfallen die Angaben nach Absatz 1 Satz 1. Eine Aufzeichnung der Fallnummer des Patienten hat zu erfolgen.“</i>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>werden oder sie nach den apothekenrechtlichen Vorschriften oder berufsgenossenschaftlichen Vorgaben oder im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung für Notfälle vorrätig zu halten sind oder kurzfristig beschafft werden müssen, wenn im Geltungsbereich dieses Gesetzes Arzneimittel für das betreffende Anwendungsgebiet nicht zur Verfügung stehen.</p> <p>Nach dieser Regelung darf somit eine vorübergehende Bevorratung in Krankenhausapotheken und krankenhausesversorgenden Apotheken mit Fertigarzneimitteln, die nicht zum Verkehr in Deutschland zugelassen, registriert oder von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind, nur unter diesen Voraussetzungen erfolgen. Ferner führt § 73 Absatz 3 Satz 2 AMG aus, dass nicht nur der Einzelimport, sondern auch die in Absatz 3 Satz 1 AMG beschriebene Abgabe der betreffenden Arzneimittel der ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung bedürfen. Näheres regelt die Apothekenbetriebsordnung.</p> <p>Auf die Einfuhr von Fertigarzneimitteln nach § 73 Absatz 3 AMG findet § 18 ApBetrO Anwendung. Unter den in § 18 Absatz 1 Satz 1</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Nummern 1 bis 8 ApBetrO aufgeführten Angaben werden umfassende Dokumentationsanforderungen formuliert, wie beispielsweise die Angabe von Namen und Anschrift der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist. Die vorübergehende Bevorratung aufgrund von Lieferengpässen und die sukzessiv erfolgende spätere Abgabe an Patientinnen und Patienten des Krankenhauses stellt einen von einem Einzelimport abweichenden Sachverhalt dar, dem auch im Rahmen der Dokumentation nach § 18 Absatz 1 ApBetrO Rechnung zu tragen ist. Vor dem Hintergrund des ohnehin erheblichen Ressourcenaufwandes, der für die Krankenhausapotheken und krankenhauserzorgenden Apotheken aus dem Management von Lieferengpässen hervorgeht, entsteht hier ein weiterer hoher Arbeitsaufwand, der deutlich verschlankt werden muss.</p> <p>Bei einem Import zur vorübergehenden Bevorratung sollte daher von der umfassenden Dokumentationspflicht abgesehen werden. Da die hier erfassten Inhalte auch der Sicherheit im Rahmen eines potenziellen Arzneimittelrückrufes dienen können, schlagen die Krankenhäuser eine Minimaldokumentation vor, die die notwendige Rückverfolgbarkeit in ei-</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>nem solchen Fall gewährleistet. Es reicht dabei aus, die Fallnummer zu erfassen. Bei einem Arzneimittelrückruf wären alle in § 18 Abs. 1 ApBetrO erfassten Dokumentationsanforderungen aus der ohnehin vorhandenen Dokumentation der Patientenversorgung und Krankenhausapotheke in Verbindung mit der Fallnummer der Patientin bzw. des Patienten rückverfolgbar. Hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aus der Bestelldokumentation der Apotheke ergeben sich: Nr. 2 (der Name oder die Firma und die Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers) & Nr. 4 (der Name oder die Firma und die Anschrift des Lieferanten) & Nr. 7 (das Datum der Bestellung und der Abgabe). - Aus der Warenannahmedokumentation (z. B. Lieferschein) ergeben sich folgende Informationen: Nr. 3 (die Chargenbezeichnung, Menge des Arzneimittels und die Darreichungsform) & Nr. 8 (das Namenszeichen des Apothekers, der das Arzneimittel abgegeben oder die Abgabe beaufsichtigt hat). - Aus der Fallnummer des Patienten i. V. mit den Patientenstammdaten (Adresse) ergibt sich Nr. 5 (der Name und die Anschrift der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist) bzw. i. V. mit der Patientenakte Nr. 6 (der Name und die Anschrift des verschreibenden Arztes oder des verschreibenden Tierarztes.) 			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>und Nr. 8 (das Namenszeichen des Apothekers, der das Arzneimittel abgegeben oder die Abgabe beaufsichtigt hat.).</p> <p>Der Aufwand einer solchen Erfassung im Rahmen eines potenziellen Rückrufs würde für Krankenhäuser deutlich geringer sein als die aktuelle Dokumentationspflicht, da ein solches Ereignis mit einer geringen Wahrscheinlichkeit auftritt.</p>			
20	Vereinheitlichung des Verfahrens zur Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation	<p>Vereinheitlichung des Verfahrens zur Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation</p> <p>Die Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation ist in der stationären Versorgung ein sehr häufiger Vorgang. In Anbetracht dieser Bedeutung ist es sehr ungewöhnlich, dass hierbei zwei abweichende Verfahren in der Versorgung praktiziert werden.</p> <p>Eine Anschluss-Rehabilitation wird bei bestimmten Erkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung und nach gelenkersetzenden Operationen, bei den Betroffenen im direkten Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, um die Leistungsfähigkeit im Alltag und Beruf wiederherzustellen.</p> <p>Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) praktiziert seit langem erfolgreich das sogenannten „Direkteinleitungsverfahren“.</p>	Krankenhäuser	<p>Sehr hoch</p> <p>Fälle von Anschluss-Rehabilitation bei GKV und DRV in 2022: ca. 830.000</p>	<p>Gesetzliche Anpassung in § 40 SGB V mit dem Ziel einer Vereinheitlichung des Verfahrens durch verbindliche Übernahme des Direkteinleitungsverfahrens für Erkrankungen gemäß Katalog der DRV Bund für alle Leistungsträger und Stärkung der Entscheidungskompetenz des ärztlichen Dienstes der Anschluss-Rehabilitations-Klinik in diesen Fällen.</p> <p>Ferner sind die Beteiligten über einen gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen</p>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Hierbei kann für einen festgelegten Katalog von Erkrankungen die Anschluss-Rehabilitation vom Arzt im Krankenhaus zusammen mit dem Patienten direkt ohne Rücksprache mit dem Leistungsträger bei einer von der DRV Bund zugelassenen Anschluss-Rehabilitations-Klinik angemeldet werden. Der Ärztliche Dienst der Anschluss-Rehabilitations-Klinik entscheidet dann über das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen und vereinbart bei deren Vorliegen direkt die Aufnahme des Patienten in die Anschluss-Rehabilitations-Klinik. Mit diesem Verfahren wird aufgrund des direkten Austauschs zwischen Patienten, Krankenhaus und Anschluss-Rehabilitations-Klinik ein zügiger Übergang in der Versorgung gewährleistet.</p> <p>Dieser Weg steht aktuell allerdings nur für Patienten offen, deren Krankenkasse mit der DRV Bund eine entsprechende Vereinbarung zur Teilnahme am Direkteinleitungsverfahren geschlossen hat. Andernfalls ist vor einer Anschluss-Rehabilitation – wie bei den Fällen, in denen keine Erkrankung aus dem Katalog der DRV Bund vorliegt - eine weitergehende Prüfung seitens der DRV Bund bzw. der Krankenkasse nötig. In diesen Fällen muss vor einem Übergang in die Anschluss-Rehabilitation über</p>			<p>Vereinbarung eines einheitlichen Satzes an erforderlichen Unterlagen für die Einleitung der Anschluss-Rehabilitation zu verpflichten.</p>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>eine zusätzliche Schleife mit dem Leistungsträger unter anderem Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschluss-Rehabilitation in jedem Einzelfall abgestimmt werden, eine direkte Abstimmung hierzu mit der Anschluss-Rehabilitations-Klinik ist nicht möglich.</p> <p>Nach der letzten gesetzlichen Anpassung des § 40 SGB V wurde mit einer Anpassung in der Reha-Richtlinie des G-BA nur ein unzureichender Schritt in Richtung des Verfahrens der DRV Bund gemacht. So wurde für den Fall der Kostentragung durch die Krankenkassen lediglich für eine Auswahl an Erkrankungen aus dem Katalog der DRV Bund der Entfall einer Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse im Vorfeld einer Anschluss-Rehabilitation vorgesehen. Geblieben ist zudem weiterhin die Erforderlichkeit einer vorherigen Schleife mit der zuständigen Krankenkasse zur Abstimmung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschluss-Rehabilitation.</p> <p>Zur Beseitigung dieser weiterhin bestehenden Bürokratie ist für den Fall der Kostentragung durch die Krankenkassen eine umfassende Vereinheitlichung mit dem Verfahren der DRV Bund herbeizuführen. Hierzu gehört</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>auch die vollständige Übernahme des bewährten Katalogs der für das Direkteinleitungsverfahren qualifizierenden Erkrankungen der DRV Bund sowie der Entfall einer weiteren Schleife zur Klärung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn mit der Krankenkasse durch Stärkung der Entscheidungsbefugnis des ärztlichen Dienstes der Anschluss-Rehabilitation-Klinik in diesen Fällen. Die langjährige Erfahrung der DRV Bund mit diesem Vorgehen zeigt, dass dies für alle Beteiligten gut funktioniert. Auch im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen konnten in der Zeit der Corona-Pandemie im Zuge von Ausnahmeregelungen gute Erfahrungen mit einer Flexibilisierung des Verfahrens gemacht werden.</p> <p>Im Zuge einer Harmonisierung der Verfahren von DRV Bund und Krankenkassen ist auch eine Vereinheitlichung der beizubringenden Unterlagen für eine Beantragung der Anschluss-Rehabilitation erforderlich, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Aktuell müssen vergleichbare medizinische und sozialrechtliche Sachverhalte über unterschiedliche Formulare und medizinische Einschätzungsinstrumente dargelegt werden.</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		Vor dem Hintergrund, dass die Patienten unabhängig von der Frage des Leistungsträgers in gleichartigen Einrichtungen behandelt werden und dort die gleichen medizinischen Anwendungen erhalten, kann mit einer Vereinheitlichung der Antragsunterlagen der bürokratische Aufwand u. a. durch unnötige doppelte Erfassung und Darstellung gleicher Sachverhalte z. B. mittels verschiedener medizinischer Scores deutlich reduziert werden.			
21	Die Krankenhäuser sollen aus dem Geltungsbereich des Handels- und Dienstleistungstatistikgesetzes (HdIDStatG) ausgenommen werden.	Die für den Krankenhausbereich relevanten Daten werden bereits in der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser sowie Kostennachweis der Krankenhäuser) erhoben. § 3 Abs. 2 Ziffer 2 j) sieht für den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens eine Ausnahme für die Gruppe 86.2 (Arzt- und Zahnarztpraxen) und die Gruppe 86.90.1 (Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten) vor. Für die Gruppe 86.1 (Krankenhäuser mit der Untergliederung 86.10.1 Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken), 86.10.2 Hochschulkliniken und 86.10.3 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken) ist jedoch keine Ausnahme ins Gesetz aufgenommen worden.	Krankenhäuser	Jährliche Erhebung für etwa 10 % der Krankenhäuser (Stichprobe)	Die Krankenhäuser sollen aus dem Geltungsbereich des Handels- und Dienstleistungstatistikgesetzes (HdIDStatG) ausgenommen werden.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
22	Anerkennung internationaler Talente aus Drittstaaten vereinfachen und beschleunigen	<p>Hintergrund: In vielen Fällen führen bürokratische Hürden und langwierige Anerkennungsverfahren dazu, dass qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland nicht schnell genug in den deutschen Arbeitsmarkt integriert werden können. Insbesondere im Gesundheitswesen, wo der Bedarf an qualifiziertem Personal hoch ist, sind diese Engpässe besonders spürbar. Daher ist es von großer Bedeutung, dass die Anerkennungsverfahren für Berufsqualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt werden, um die Integration dieser Fachkräfte zu erleichtern und dem steigenden Bedarf an Arbeitskräften im Krankenhaus gerecht zu werden.</p> <p>Problemstellung: <u>Komplexer Anerkennungsprozess:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Anerkennungsprozess ist komplex und erfordert eine Gleichwertigkeitsprüfung der ausländischen Berufsqualifikation mit dem deutschen Referenzberuf. <p><u>Finanzielle Hürden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Anerkennungsprozess ist kostenpflichtig, was für viele Betroffene eine finanzielle Belastung darstellt 	Antragstellerinnen und Antragsteller, zuständige Stellen, weitere Akteure im Anerkennungsprozess	<p><u>Vereinfachung des Anerkennungsprozesses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Eine Vereinfachung und Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens könnte die Hürden für Betroffene reduzieren (föderalistische „Reibungsverluste“ sind durch die Einrichtung einer bundesweiten, zentralen Anerkennungsstruktur minimieren.). <p><u>Finanzielle Unterstützung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für den Anerkennungsprozess könnte die finanzielle Belastung für die Betroffenen mindern. (Am Beispiel Pflege: Im Ausland qualifizierte Pflegekräfte, 	Gesetzliche Neuregelung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<ul style="list-style-type: none"> – Die Gleichwertigkeitsprüfung dauert derzeit drei bis vier Monate (oder länger), während für die oft notwendige Anpassungsqualifizierung zumeist mindestens ein halbes Jahr oder mehr eingeplant werden muss. <p><u>Sprachliche Barrieren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die teilweise fehlende Mehrsprachigkeit bei den Verwaltungsangestellten, die Verwaltungssprache und dadurch resultierenden Sprachverständnisprobleme stellen weitere Hindernisse dar, die den Prozess für die Antragsstellenden erschweren. <p><u>Mangelnde Erreichbarkeit und Beratung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die nicht immer gute Erreichbarkeit der Beratungsstellen und zuständigen Stellen sowie Informationsdefizite erschweren den Zugang zur Unterstützung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen. <p><u>(Häufig) papierbasierte Verfahren:</u> Die Antragsstellenden sind häufig gezwungen Diplome, Antragsformulare o.ä. in Papierform vorzuhalten und zu bearbeiten. Die Übermittlung der Dokumente ist durch den Postweg zeitverzögert.</p>		<p>die eine Anerkennung anstreben und in Deutschland als arbeitslos oder arbeitssuchend registriert sind, haben die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung von der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter gemäß den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) II und III zu erhalten (wenn die Qualifizierung und der Anbieter AZAV akkreditiert ist). Es sollte geprüft werden, ob statt einer Obergrenze auch eine gehaltsabhängige anteilige Förderung denkbar ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anerkennungsverfahren (in den so- 	

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
				<p>genannten Mangelberufen) sind kostenfrei anzubieten.</p> <p><u>Beschleunigung der Anerkennungsverfahren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das Personal in den zuständigen Behörden muss aufgestockt werden, um der Anzahl der Anträge in den vorgegebenem Zeitrahmen gereicht werden zu können. <p><u>Sprachliche Unterstützung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Bereitstellung der Antragsformulare auf Englisch (und optional anderen Fremdsprachen) sichert das Verständnis auf Seiten der Antragsstellenden und kann zeitlichen Verzögerungen durch Missverständnisse und Fehler vorbeugen. 	

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
				<ul style="list-style-type: none"> - Zudem sollte das sog. „Amtsdeutsch“ auf Verständlichkeit für Nicht-Muttersprachler/-innen hin geprüft und angepasst werden. <p><u>Die Erreichbarkeit der Beratungsstellen/zuständigen Stellen verbessern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Antragstellenden sehen sich häufig zeitlich eng gefassten telefonischen Erreichbarkeiten bzw. auch Nicht-Erreichbarkeit gegenüber. Das Personal in den Beratungsstellen/zuständigen Stellen muss aufgestockt und ein Netzwerk etabliert werden, welches Anrufe auch bundesweit verteilbar 	

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
				<p>macht (zentrales Callcenter o.ä.).</p> <p><u>Anerkennungsverfahren digitalisieren:</u></p> <p>Digitalisierung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt den Prozess. Anträge sollten bundesweit online eingereicht werden können. Dies wiederum erleichtert den Zugang zu den Anerkennungsverfahren und ermöglicht eine effizientere Dokumentenanalyse und -prüfung, was wiederum zu einer beschleunigten Bearbeitung der Anträge führt und den gesamten Anerkennungsprozess effektiver gestaltet.</p>	
23	Pflegepersonaluntergrenzen § 137i SGB V	<p>Die Pflegepersonaluntergrenzen sehen eine Vielzahl an Meldepflichten an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 4. Quartal des Vorjahres 	Krankenhäuser, Krankenkassen	Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern bei Inkrafttreten der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0.	Gesetzliche Anpassung in § 137i und § 137k SGB V sowie der Rechtsverordnung gemäß § 137k Abs. 4 und 4 SGB V

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<ul style="list-style-type: none"> • Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 1. Quartal • Jahresmeldung PpUG inkl. Bestätigung Wirtschaftsprüfer • Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 2. Quartal • PPUG Personalverlagerungen • Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 3. Quartal • Einspruchsfrist PpUG (bez. Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche durch InEK) • Anzeige des Wegfalls pflegesensitiver Bereiche • Stationsmeldung PPUGV <p>Die Festlegung der PpUGV erfolgt empirisch und nicht am eigentlichen Bedarf orientiert. Notwendige Software ist teuer, die Nachweisführung ist zeitintensiv. Mit der anstehenden Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes PPR 2.0 wird der Personalbedarf hingegen zukünftig konkret an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ermittelt. Mit Scharfschaltung der PPR 2.0 und der Kinder PPR 2.0 entsteht aber eine Doppelerfassung für denselben Zielparameter, wenn die PpUGV nicht außer Kraft gesetzt wird. Von März 2020</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		bis Januar 2021 war die PpUGV bereits einmal Pandemiebedingt außer Kraft gesetzt			
24	Pflegepersonalbedarfsbemessung gemäß § 137k SGB V	<p>Auch die Umsetzung der PPR 2.0 bzw Kinder-PPR 2.0 führt zu zahlreichen Meldepflichten. § 7 Übermittlung von folgenden Angaben an das InEK bis 31.08.2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> Namen Fachabteilungen, verwendete Namen dieser Fachabteilungen In §1 Abs.2 Satz 1 genannte Stationen und jeweilige Bettenzahl <p>Angaben nach §§ 4, 5 und 6, getrennt nach Kalendermonat für jedes Kalenderquartal bis zum 15. Tag des auf das jeweilige Kalenderquartal folgenden Kalendermonats, erstmals bis 31.01.25</p> <p>Gesamtmeldung der nach §7 Absatz 2 Satz 1 übermittelten Daten mitsamt einer Bestätigung der Richtigkeit durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft/vereidigten Buchprüfer/ Buchprüfungsgesellschaft auf elektronischem Wege bis 30. Juni des folgenden Kalenderjahres, erstmals bis 30.06.26</p> <p>Die Übermittlung nach Absatz 2 Satz 1 und nach Absatz 3 Satz 1 haben für den jeweiligen Standort separat zu erfolgen. Bei der Übermittlung sind das Standortkennzeichen gem. §</p>	Krankenhäuser, Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügungstellung eines bundesweiten digitalen Erfassungstools für die PPR 2.0 • Ganzhausansatz, statt kleinteiligem Monats- und Schichtbezug: Der Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung muss auf der Krankenhausebene betrachtet werden. <p>Vermeidung von Doppelerfassungen und -meldungen durch Abschaffung/Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in die PPR 2.0</p>	Anpassung der Rechtsverordnung gemäß § 137k Abs, 4 und 5 SGB V

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		239 Absatz 6 Satz 1 SGB V gemäß dem zu führenden bundesweiten Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihrer Ambulanzen sowie der in der Übermittlung nach § 21 Absatz 1 des KHEntgG verwendete Fachabteilungsschlüssel anzugeben.			
25	Vereinfachung der Anträge zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV)	<p>Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen und damit eine spezialisierte ambulante Versorgung. Die ASV kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und Medizinischen Versorgungszentren gemeinsam angeboten werden. Der G-BA ist beauftragt das Nähere zu diesem Versorgungsmodell festzulegen, regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Dies sind bspw. die Definition der Erkrankungen, die Festlegung des Behandlungsumfangs und Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität.</p> <p>Problematisch ist das sehr aufwendige Zulassungsverfahren für die Teams durch die erweiterten Landesausschüsse (eLA).</p>	Krankenhäuser, Facharztpraxen Medizinische Versorgungszentren, erweiterte Landesausschüsse (eLA)		Anpassung von § 116b SGB V mit Vereinfachung der Nachweise zur Reduktion der durch Misstrauen bedingten Überregulierung z. B. durch kurze und qualifizierte Selbstauskünfte
26	Sachgerechte Rechnungsstellung vereinfachen	Nach Übermittlung einer Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Ab-		Leistungserbringer, Krankenkassen	Gesetzliche Optionen zur begründeten Rechnungskorrektur schaffen

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>rechnung durch das Krankenhaus weitestgehend ausgeschlossen. Allerdings gehen einige abrechnungsrelevante Informationen/Befunde erst nach der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus ein, z.B. abschließende pathologische oder molekularbiologische Befunde, Ergebnisse von Spezialuntersuchungen oder aus Referenzlaboren. Diese können aufgrund notwendiger Bearbeitungszeiten, z.B. in der Pathologie oder im Labor, bei der Rechnungsstellung nicht bereits initial vollständig berücksichtigt werden.</p> <p>Für eine sachgerechte und korrekte Rechnung ist die Möglichkeit der Berücksichtigung dieser erst nachträglich zur Verfügung stehenden Informationen/Befunde jedoch essentiell.</p>			
27	MD-StrOPS-Prüfungen entbürokratisieren	<p>Seit dem Jahr 2021 können Krankenhäuser beim zuständigen MD jährlich OPS-Strukturprüfungen beantragen, sofern sie bestimmte Leistungen anbieten möchten. Geprüft wird, ob sie die dafür notwendigen Strukturmerkmale erfüllen. Diese sind in Kodes der Klassifikation für medizinische Leistungen (Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Abs. 2 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) festgelegt.</p>	Krankenhäuser, Medizinischer Dienst		Die Normsetzung (Entwicklung und Festlegung des Verfahrens zur Strukturbeurteilung und -verbesserung) sowie die Durchführung (Strukturprüfungen), sind voneinander zu trennen und aus der alleinigen Verantwortung des MD herauszunehmen.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Die erfolgreiche Bescheinigung des MD nach der Prüfung stellt die Voraussetzung dafür dar, die Leistung bei den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Die bisherige Grundlage der Begutachtung ist die äußerst komplexe, über 497 Seiten umfassende vom Medizinischen Dienst Bund alleine entwickelte und jährlich aktualisierte Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.</p> <p>Kleinteilige und überregulierte Prüfungen durch einseitige Kompetenzzuweisung an den MD.</p> <p>Tiefgreifende Nachweise zu bestehenden Arbeitsverträgen, der Umsetzung von Dienstplänen bis hin zu Gerätelisten 8Inventarlisten) und organisatorischen Verfahrensnachweisen. Dies trifft auch für sehr konstante und fachlich medizinisch meist selbstverständliche (zumeist bereits online verfügbare) Standort- und Strukturdaten zu.</p> <p>Immenser bürokratischer Aufwand ohne konkreten Mehrwert für die Patientenversorgung.</p>			<p>Einheitliche und mehrjährige Laufzeit der Bescheinigungen aus den StrOPS-Prüfungen. Deutliche Verlängerung der Prüfintervalle (alle 3 Jahre).</p> <p>Streichung der Nachweispflicht aller nicht unmittelbar erforderlichen Unterlagen (Arbeitsverträge, Arbeitszeugnisse, Dienstpläne) sowie konstanter und fachlich medizinisch immanenter Standort- und Strukturmerkmale.</p> <p>Zentrale Datenbank zur Vermeidung redundanter Übermittlungen bereits erfolgter Nachweise sowie Digitalisierung des gesamten Prüfverfahrens mit gemeinsamer und zeitgleicher Transparenz für MD und Krankenhaus.</p>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Teilweise bereits kleinste Verwerfungen führen zum kompletten Verlust der Abrechnungsmöglichkeit tatsächlich erbrachter hochkomplexer medizinischer Leistungen.</p> <p>Praxisferne, völlig überregulierte Prüfrichtlinie.</p> <p>Viel zu kurze Prüfindtervalle (alle 1-2 Jahre)</p> <p>Mehrfachprüfungen, Redundanzen, Widersprüche.</p>			<p>Kritische Überprüfung und ggf. Streichung von Strukturmerkmalen im OPS und in G-BA Richtlinien mit Strukturvorgaben zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen.</p>
28	Abrechnung von Behandlungen in Papierform	<p>Sozialämter (Wohnungslose, Asylbewerber), z.T. EU-Ausländer, Beihilfe, Selbstzahler werden z.T. in Papierform abgerechnet obwohl Kassen damit beauftragt werden könnten. Ein abgestufter Plan zur Verwendung elektronischer Abrechnungsformen sollte mit der sukzessiven, analogen Anwendung von §303 Abs.3 SGB V in Form eines Papierrechnungszuschlages vereinheitlicht werden, sofern das KH die Möglichkeit einer el. Abrechnung in vorbestehenden, einheitlichen Verfahren zu Abrechnungszwecken (§301 SGBV, DGUV/PKV-Datenübermittlung) anbietet. Anders als bei sanktionsgetriebenen Ansätzen soll hier die Freiwilligkeit beibehalten werden, sie ist dann nur irgendwann teuer.</p>	Krankenhäuser, Kassen, Sozialämter	<p>Papierlose Abrechnung flächendeckend durch Incentivierung der Kostenträger einer elektronischen Abrechnung.</p> <p>Dadurch würden bislang kommunal geregelte Abrechnungsformen in Papierform in bestehenden Verfahren vereinheitlicht. Statt neue Verfahren zu forcieren, sollten bestehende Verfahren gestärkt und Abläufe vereinheitlicht werden.</p>	<p>Erweiterung § 303 Abs. 3 SGB V um die Anwendung der 10% Regelung als Aufschlag, sofern der Kostenträger nicht an freiwilligen Datenübermittlungen zu Abrechnungszwecken teilnimmt.</p> <p>Eine geeignete zeitliche Abstufung je nach Konstellation und Verfahren (z.B. Asylbewerber, Beihilfe, etc.) ist vorzusehen.</p>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
29	ASV-Beantragungsverfahren	<p>Der Antragsprozess zur Teilnahme an der ASV ist extrem aufwändig</p> <p>Die Freigabe der Leistungserbringung im Sinne des KV-Rechtes innerhalb der Kliniken sollte daher allgemeingültig ohne weitere Zulassungserfordernisse oder Meldepflichten erfolgen.</p> <p>Alternativ muss die Antragsstellung gegenüber der KV mindestens grundlegend reformiert und digitalisiert werden.</p>	Krankenhäuser, erweiterter LA, G-BA,	Die ASV ist bislang ein Musterbeispiel an unsinniger Bürokratie. Soll diese Abrechnungsform beibehalten werden, ist zumindest der Antragsprozess zur Teilnahme an der ASV zu entschlacken.	Gesetzliche Neuregelung
30	Vereinheitlichung und Vereinfachung des Einweisungsprozesses KH	<p>In der administrativen Krankenhausaufnahme wird die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2) benötigt. Es gibt zwar eine digitale Lösung (Vordruck e02), die wird jedoch von den Niedergelassenen selten genutzt. Das regelmäßige Fehlen des Überweisungsscheins führt zu unnötigem Mehraufwand in den Aufnahmeprozessen. Eine Lösung in Analogie zu den e-Rezept-Prozessen, z.B. per eGK, könnte deutliche Erleichterungen schaffen.</p> <p>Das Vorgehen der Kassen ist nicht einheitlich, bei vielen elektiven Eingriffen behalten sich Kassen Genehmigung in Papierform (!) vor, die dem KH nicht vorliegen. Der Prozess bedarf der verbindlichen Vereinheitlichung.</p>	Krankenkassen, Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten	Verbindliche, bundesweite Prozessgestaltung und Process Ownership	Gesetzliche Regelung seitens des BMG und entsprechende Spezifikationen seitens der gematik nötig
31	eAU und Anschlussprozesse straffen	Der Prozess der eAU bedarf der Vereinheitlichung und Optimierung. (unvollständig, kein		Datenqualität Liegebestätigung verbessert.	Gesetzesanpassung:


Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Push-Prinzip, der Arbeitgeber erhält die Meldung elektronisch ohne Abruf). z.B. sind Privatversicherte und Kinderkrankbescheinigungen ausgenommen, welche die Eltern weiterhin in Papierform erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Streichung Ausnahmen durch kont. Verbesserungsprozess (KVP) <p>Liegebestätigungen des KH werden (begrüßenswerterweise) aus Routinedaten gewonnen, jedoch bedarf auch dies der Optimierung und Vereinheitlichung (PKV, BG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • §301-Verfahren: Streichung Verpflichtung Aufn.Diagnosen, vorl., tagesaktuelle Entlassmeldung. 			Aufnahmediagnose in §301 SGB V nur noch optional, Einführung einer tagesaktuellen, vorläufigen Entlassmeldung (vollständige Dokumentation der rechn. begl. Unterlagen kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfolgt sein)
32	§21-Datenlieferung optimieren und Krankenhäuser entlasten	<p>Ohne zusätzlichen Eingabeaufwand könnten die fallbezogenen Angaben des §21-Datensatzes automatisch tagesbezogen übermittelt werden, indem die Dateien aus el. Abrechnungsverfahren kopiert und tagesgleich an das InEK übermittelt werden.</p> <p>Damit würde bei Entlastung der KH zugleich erstmals ein wochenaktuelles Prozessmonitoring des Leistungsgeschehens inklusive ambulanten Leistungsgeschehens, perspektivisch des MD-Prüfverfahrens und der Ermittlung von Inzidenzen (!) infektiologisch relevanter Fälle möglich.</p>	Krankenhäuser, InEK, Krankenkassen	Die Mehrfachnutzung vorhandener Datenströme verursacht keinen Eingabeaufwand und ist technisch einfach umsetzbar, ermöglicht erstmals eine flächendeckende Prozessoptimierung nach Prinzipien des Process Minings. Perspektivisch könnten so auch Belegungsmeldungen automatisiert mit abgedeckt werden. Die Datenlieferungen nach §21 KHEntgG würden somit	Gesetzesanpassung Datenlieferungen

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		Eine fallbezogene §21-Datenübermittlung wäre nur noch ergänzend für Papierabrechnungen erforderlich (siehe Vorschlag zu §303 Abs3 SGB V). Dies wäre ein Musterbeispiel für die Nutzung von Routinedaten für optimiertes Monitoring ohne zusätzliche Eingabepflichten.		auf ein Mindestmaß reduziert.	
33	Kombination von Datenlieferungen	Auch aus Perspektive der Hersteller bedarf es der Vereinheitlichung von Berichtspflichten, die möglichst in wenigen Kanälen zusammengefasst werden (§21, QS-Angaben, KH-Statistik, DEMIS, DIVI) Ein entsprechendes Vorhaben ist anspruchsvoll und bedarf einer hinreichenden Vorbereitung und Mandatierung geeignet qualifizierter Praktiker.		Eine Strategie zur Datenbündelung führt nicht nur zu einer Entlastung von gesonderten Berichtspflichten und den zwangsläufig daraus folgenden Konsistenzproblemen, sondern erhöht auch die Datentransparenz und ermöglicht ein optimiertes Prozessmonitoring.	Gemeinsame Initiative des BMG, Selbstverwaltung zu einer Strategie „Digitalisierung und Bürokratie“. Etablierung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse auf Normgeberebene.
34	Verantwortung für Anschlussheilbehandlung	Anschlussversorgungen (AHB) zu organisieren, obliegt bislang dem KH. Eine erst verspätet mögliche Entlassung aufgrund mangelnder Versorgung ist für Kostenträger oft auch dann lukrativ, wenn keine Rechnungskürzung resultiert. Der Prozess ist vielfältig und nicht hinreichend standardisiert (Kurzzeitpflege, Anschluss-Reha, etc.) Eine erforderliche Anschlussunterbringung sollte daher nicht vom Kostenträger genehmigt, sondern von diesem auf Anforderung verantwortlich organisiert werden.	Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen	Fehlanreize zu überlangen Verweildauern und Rechnungskürzungen werden durch Zusammenführung von Verantwortung und Mandat beseitigt, die Steuerung des Versorgungsprozesses zugleich optimiert. Zugleich wird hier der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert, denn die Qualität der Versorgung	Gesetzliche Neuregelung der Anschlussversorgung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		Dies entspricht dem Ansatz der Kassen, eine Steuerungsfunktion bei der Behandlung des Patienten zu übernehmen.		kann erhoben und verglichen werden.	
35	Einheitliche Regelung der Übermittlung von Zahlungsinformationen (SAMU)	Die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V sieht mangels Regelungsgrundlage bislang nur eine optionale, bilaterale Übermittlung von Zahlungs- und Aufrechnungsinformationen der Kassen (Nachricht SAMU) vor. Damit müssen Krankenhäuser Daten aus unterschiedlichen Quellen (Mail, § 301-Datenübermittlung)	Krankenhäuser	Geschätzt 10 % der Kassen. Es ist nicht darstellbar, dass immer noch Kassen einen Medienbruch bei der Übermittlung von Zahlungsinformationen erzwingen.	§ 301 Abs. 2a SGB V um die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung von Zahlungsinformationen im Zuge des Verfahrens nach § 301 Abs 3 SGB V erweitern. Nach Einführungsphase Anwendung einer Zuschlagsregelung § 303 Abs. 3 SGB V (siehe unten) Strategie: Kosten für Medienbrüche müssen beim Verursacher anfallen.
36	Durchlaufende Posten	Die Krankenhäuser als Inkassofunktion für Zahlungen an Dritte zu verwenden, ist nicht sachgerecht und eine unsinnige Belastung für Patientinnen und Patienten, Krankenhäuser und Kassen. Weder die Finanzierung von Registern noch Zuzahlungen sollten von Krankenhäusern für Dritte erhoben werden.	Patientinnen und Patienten, Kassen, Krankenhäuser	Alle durchlaufenden Positionen sind in Korrekturprozesse im Krankenhaus sind durch notwendige Rechnungsanpassungen betroffen. Die Folge sind aufwendige Korrekturen und Nachberechnungen, die entfallen können.	Gesetzliche Neuregelung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
37	Verschlankung und Vereinheitlichung von Registern und Vertrauensstellen (inhaltlich und prozessual)	<p>Transplantations-, Organ- und Gewebe-, Implantateregister erheben eine Unzahl hochspezifischer Daten, deren Nutzen unklar und Prozesse extrem aufwändig sind.</p> <p>Auch die Komplikationen durch die Abläufe für diverse Register sind extrem, die Prozesse bedürfen dringend der Vereinheitlichung, gemeinsamer, standardisierter Prozesse (Vertrauensstellen!) und Prüfmechanismen.</p> <p>Um den bürokratischen Aufwand einzudämmen, sind Prozess-Audits durch geeignet qualifizierte Gremien erforderlich.</p>	Krankenhäuser	Zielbegrenzung auf Vorhaben und Priorisierungen, die mit einem Minimum an Aufwand erreichbar sind. Verpflichtung zur umfassenden Prozessdokumentation in Dokumentation von Flowcharts sowie Going live erst nach umfassendem Audit dieser Dokumentation durch Fachexperten.	<p>Gemeinsame Initiative des BMG, Selbstverwaltung zu einer Strategie „Digitalisierung und Bürokratie“. Etablierung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse auf Normgeberebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategie: Vorgaben für Prozesse und Prozessverantwortung zusammenführen
38	Gremienentscheidungen mit der Verantwortung für die Veröffentlichung maschinenlesbare Daten koppeln.	<p>Die mehrfache Vereinbarung und händische Aufarbeitung von Katalogdaten verursacht hohen Aufwand und zeitliche Verzögerungen (z.B. Beschluss EBM-Ziffern, händische Aufbereitung, Vereinbarung in Datenübermittlung)</p> <p>Verpflichtung von G-BA, InBA, InEK und anderen Entscheidern, alle Arten von abrechnungsrelevanten Katalogdaten und -Änderungen in geeignet strukturierter, aktueller Form kostenfrei und leistungsrechtlich verbindlich in tagesaktueller Form auf eigenen Webseiten vorzuhalten.</p> <p>Dies gilt auch für Verzeichnisse, die zwingend zur Abrechnung und Abrechnungsbegründung</p>	Krankenkassen, Krankenhäuser, niedergelassener Bereich, Softwareindustrie	<p>Entscheidungen zu Katalogdaten (EBM, DRG, ZE, NUB, ARGE-IK) müssen nicht mehr händisch aufbereitet werden und zur Verwendung in der Datenübermittlung nicht neu vereinbart werden.</p> <p>Abrechnungsrelevante Normgebung ist grundsätzlich frei abrufbar in geeignet strukturierter aktueller Form zu ermöglichen.</p> <p>Entscheidung wird mit so digitaler Verantwortung</p>	<p>Gesetzliche Verpflichtung von G-BA, InBA, InEK u.a. zur leistungsrechtlich verbindlichen, maschinenlesbar-strukturierten, historisierten und aktuellen Daten.</p> <p>Strategie: Anschluss an die Opendata-Strategie der Bundesregierung? Vgl. EU-Urteil zu ges. Normen DIN / Beuth-Verlag</p>

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		erforderlich sind (z. B. Institutskennzeichen, Arztnummernverzeichnis). Gleiches gilt für Zu- und Abschläge sowie perspektivisch auch für Regelwerke.		gekoppelt und die Abläufe verkürzt und vereinfacht.	
39	Inzidenzmeldungen in KH aus Routinedaten	Inzidenzmeldungen im Kontext des Infektionsschutzgesetzes sind vor allem zeitnah und praktikabel zu liefern. Daher sollte der Datenkranz massive eingeschränkt und eine Meldung zu DEMIS nur bei Fokussierung auf ein aktuelles, epidemiologisches Geschehen verwendet werden. Für ein Routinemanagement der Inzidenzen in Krankenhäusern sollten die zentralen Angaben automatisiert aus den el. Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken ausgekoppelt und übertragen werden.	Krankenhäuser, RKI	Schnellere Meldungen eines gestrafften Datensatzes aus vorhandenen Daten dürfte bundesweit medizinische Arbeitskapazität analog 400VK wieder für die Patientenversorgung zur Verfügung stellen (geschätzt durchschnittliche eine viertel Stelle pro Standort). Der Arbeitsaufwand würde über einen Vorgang gebündelt.	Unabhängiges Gutachten zum Nutzen und der nachweislichen Verwendung von Zusatzangaben bei Inzidenzmeldungen, Anpassungen Infektionsschutzgesetz Strategie: Bündelung und Mehrfachnutzungen von Datenströmen
40	Aufnahmemeldungen um ärztliche Eingabepflichten entlasten, Arbeitgeberverfahren eAU optimieren	Die verpflichtende Erfassung von Aufnahmediagnosen ist ein Relikt aus Prä-DRG-Zeiten, das zu redundanten Prüfungen durch die Kassen führt. Die Mitgliedschaft der behandelten Person und damit die Kostenübernahme ist bei GKV-Patientinnen und Patienten automatisch gegeben, sofern nicht eine vorangegangene Einwilligung der Kasse gefordert ist.	Krankenkasse, Krankenhaus Arbeitgeber / Patienten (eAU nachgelagert)	Durch die Entlastung medizinischen Personals (Festlegung Aufn. Diagnose, vorauss. Verweildauer) in einem zeitkritischen Prozess wird nicht nur pro Fall Eingabeaufwand gespart, sondern auch die Prozessqualität erhöht, da Nachrichten dann tagesgleich versandt	Gesetzliche Anpassungen zur Optionalität von Aufnahmediagnose (nur bei Inzidenzmeldungen, s.o.) und vorauss. Verweildauer, sowie zur Verpflichtung einer vorläufigen Entlassbenachrichtigung ohne Verpflichtung zu med. Dokumentationen, die zu diesem Zeitpunkt oft nicht vollständig vorliegen können.

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Bei solchen elektiven Eingriffen ist die Genehmigung durch die Kassen im Vorwege zu erteilen, dies bedarf eines anderen Ablaufes, der momentan hochineffizient in Papier abläuft. Auch die vorauss. Verweildauer kann entfallen und durch eine tagesaktuelle Information zur Entlassung, die ausschliesslich Entlasszeitraum und Grund übermittelt, ersetzt werden.</p>		<p>werden, was u.a. das angeschlossene Arbeitgeberverfahren (eAU) verbessert. Die tagesgenaue Übermittlung einer vorl. Entlassmitteilung ohne weitere Angaben würde auch die Abrechnungsprobleme bei ungeplanten Wiederaufnahmen in andere Häuser lösen und könnte zugleich für Divi-Ersatzmeldungen verwendet werden (siehe dort)</p>	<p>Beauftragung einer geeigneten Organisation zur Neugestaltung des Einweisungs- und Genehmigungsablaufes bei genehmigungspflichtigen Eingriffen.  Strategie: Reduzierung Eingabe und Optimierung von Datenströmen</p>
41	Redundante Angaben in Katalogen zu seltenen Erkrankungen entfernen	<p>Zahlreiche Einträge, die des Katalogs Alpha-ID-SE enthalten Orpha-Kennnummern, deren Bezeichnungen deckungsgleich mit den ICD-Codes sind. Diese Codes redundant zu erfassen und gesondert in der Datenübermittlung zu übertragen, ist unsinnig. Daher sollten Orpha-Kennnummern, deren Definition gegenüber ICD-Codes keinen Erkenntnisgewinn haben, lediglich als klassifikatorische Zuordnung, aber nicht zur redundanten Dokumentation vorgesehen werden.</p>	Krankenhäuser	<p>Entlastung von redundanter ärztlicher Dokumentation und überflüssigen Prüfmeldungen der klinischen Dokumentationssysteme,</p> <p>Stattdessen Fokussierung auf differenzierende Angaben zu seltenen Krankheiten, wie vom Gesetzgeber intendiert.</p>	Vorgaben gegenüber BfArM

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
42	Einführung eines bürokratieentlastenden kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zur Normgebung	Kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) bedürfen im Gesundheitswesen der Zuweisung einer zentralen Verantwortung und Mandatierung. Präzise, oft sehr kleinteiliger Eingriffe in gesetzliche Rahmenbedingungen unter Einbindung von unabhängigem prozessuellem, technischen und medizinischen Fachwissen. Dafür bedarf es eine geeigneten Prozessschlichtung, die von der Selbstverwaltung und den Fachgesellschaften angerufen wird und Lösungen erarbeitet.	BMG, Selbstverwaltung, Fachgesellschaften, Softwarehersteller	Atomisierte Verantwortung für Prozesse und sekundärer Nutzung von Bürokratie sind grundlegende Bürokratietreiber. Mit einem geeigneten Mandat und unabhängig von Interessen kann eine Prozessschlichtung Lösungen für die Vereinfachung von Abläufen direkt an Gesundheitsausschluss und BMG geben.	Gesetzesvorhaben: Zuweisung Verantwortung und Mandat.
43	Entwicklung einer Entbürokratisierungsstrategie im Kontext von Digitalisierung	Eine Entbürokratisierungsstrategie wird dringend benötigt, in der Bürokratie und Digitalisierung im Gesundheitswesen gemeinsam gedacht werden.		Ursächliche Bekämpfung von Bürokratie - Vorgaben zur Bündelung von Erfassungsprozessen, Verschlankeung von Datenkränzen, Mehrfachnutzung Datenströme,	Initiative des BMG
44	Aussetzen der Bettenbelegungsmeldung nach § 13 IfSG Siehe auch Nr. 55	Die täglich erforderlichen Meldungen der Bettenkapazität von Normal- und Intensivstationen sollte ausgesetzt werden, bis erneut eine pandemische Lage o.Ä. eintritt. Zumindest sollte die Häufigkeit reduziert und am Wochenende ausgesetzt werden sowie die Meldewege vereinheitlicht werden (insb. DIVI). Die Meldungen führen zu hohen Aufwänden in den Krankenhäusern, werden aber derzeit	Krankenhäuser, RKI	Reduktion von Aufwänden durch Mehrfachnutzung von ggf. zu ergänzenden Routinedaten. Siehe Vorschlag §301-Routinedaten	BMG / Anpassung des IfSG und der KrhSurV

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		nicht genutzt. Außerdem besteht z.T. eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA). Belegungsdaten können tagesaktuell perspektivisch aus Routinedaten ermittelt werden (siehe Vorschlag §301/§21-Umgestaltung)			
45	Komplexität- und Aufwandsreduktion beim Implantateregister (IRD)	Neben der Melde- und Nachweispflicht umfasst das IRegG zahlreiche Informationspflichten (Patienteninformation, Patientenaudruck, Information nach § 25 IReg). Diese sollte vereinfacht werden vor dem Hintergrund, dass der Patient ohnehin umfassend über den Eingriff informiert wird. Allgemeine Informationen sollten zentralbereitgestellt werden. Die Meldung nach § 25 IRegG muss vereinfacht und elektronisch umgesetzt werden.	Krankenhäuser, BMG, Patienten	Aufwandsreduktion	IRegG, Festlegung der Option einer Meldung nach §25 I-RegG in Form vorbestehender Datenübermittlungsverfahren.
46	Abgrenzung des Fehlerverfahrens § 301-Datenübermittlung gegen das Prüfverfahren nach §17c Abs.2 KHG	Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V vermischt leistungsrechtlich inhaltliche und technische Fehler. Zwischen technisch korrektem Eingang und Prüfverfahren werden kassenindividuelle Prüfungen und Prüfungen, die der PrüfvV zuzuordnen wären, durchgeführt. Das ist unnötige eine Doppelung des Verfahrens, leistungsrechtliche Bezüge gehören ausschließlich in die Prüfungsvorgänge der Prüfverfahrensvereinbarung.	Krankenhäuser, Krankenkassen	Ca. 1-2 % aller stationären KH-Fälle, bei denen eine doppelte oder zwischen Kassen uneinheitliche Vorgehensweise entfällt. Der zusätzliche Aufwand für aus leistungsrechtlichen Gründen im technischen Verfahren abgewiesene Rechnungen entfällt.	Gesetzliche Anpassung: Definitive Abgrenzung des Verfahren nach § 301 Abs.,3 SGB V gegen PrüfvV 17cKHG/ § 275c SGB V ☐ Strategie: redundante Prüfungsvorgänge vereinheitlichen und vereinfachen.
47	Mindestmengen: Prognosedarlegung	Nach § 136b Abs1 Satz 1 Nr. 2 SGB V beschließt der G-BA einen Katalog planbarer	Krankenhäuser (und LVKK)	Vermeiden eines weiteren Datenmeldepfad und	Selbstverwaltung: Änderung § 3 Abs 3 Mm-R

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
	ohne Spezifikation ermöglichen	Leistungen, die mit einer Mindestmenge belegt sind. Zum Erhalt einer Leistungsberechtigung für das Folgejahr sind die Krankenhäuser verpflichtet, im aktuellen Jahr eine Prognose auf Grund der Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres bzw. des 3. und 4. Quartal des Vorjahres sowie des 1. und 2. Quartal des aktuellen Jahres abzugeben. Die entsprechenden Daten werden mit Hilfe von Softwaremodulen, die auf einer Spezifikation des IQTIGs beruhen, den LVKK gemeldet. Hier wird ein spezielles kostenintensives Softwaremodul von in einem Oligopol agierenden Softwareanbietern für die Meldung weniger Zahlen benötigt. Sinnvoll wäre es hier, neben der Meldung über die Spezifikation auch eine Meldung in Textform zu ermöglichen.		Verpflichtung zum Kauf kostenintensiver Software-Module	
48	Transplantationsregister: Aufheben des Einwilligungsvorbehaltes nach § 15 e Abs 6 TPG	Zum jetzigen Zeitpunkt befindet sich das Transplantationsregister noch im weiteren Aufbau und eine direkte Datenlieferung der Tx-Zentren an das Register besteht nicht. Das Tx-Register erhält über die Tx-Vertrauensstelle, die die Daten pseudonymisiert, die Daten von der Koordinierungsstelle (DSO), der Vermittlungsstelle (ET) und dem IQTIG. Die Koordinierungsstelle leitet die Daten, die im Rahmen des Organspendeprozesses erhoben werden, an das Tx-Register weiter, die Ver-	Krankenhäuser	Erleichterung der Datenübermittlung an das Transplantationsregister	Gesetzliche Neuregelung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>mittlungsstelle die Daten, die zum Vermittlungsprozess und zur Wartelistenführung benötigt werden. Das IQTIG erhält spezifische Daten zur Qualitätssicherung und leitet diese an die TxVST/TxReg weiter. Hierfür ist jedoch von den Transplantationszentren zu prüfen, ob eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt, und dies an die jeweilige Institution zu übermitteln, erst anschließend kann eine Weiterleitung der Daten erfolgen.</p> <p>Dies führt oft zu widersprüchlichen Angaben und ggf. auch zu widersprüchlichen Datensätzen. Es wäre sinnvoll, wie dies bereits bei der Erhebung der sog. Altdaten bis 2016 gehandhabt wurde, hier auf den Einwilligungsvorbehalt zu verzichten.</p>			
49	PPP-RL: Ermittlung des Umsetzungsgrades über alle Berufsgruppen hinweg oder über „zusammengefasste Berufsgruppen“	Um die Mindestvorgaben gemäß § 6 PPP-RL zu erfüllen, muss eine Einrichtung spezifische Vorgaben pro Quartal in jeder Berufsgruppe erfüllen. Ein Unterschreiten in nur einer Berufsgruppe in nur einem Quartal führt zukünftig zu finanziellen Sanktionen. Gegenwärtig erfüllt nur etwa die Hälfte der psychiatrischen Einrichtungen diese berufsgruppenspezifischen Mindestvorgaben. Würde der berufsgruppenspezifische Bezug zugunsten eines berufsgruppenübergreifenden Bezugs abgelöst werden, erhalten die Kliniken gleichsam mehr	Krankenhäuser	Erleichterung der Erfüllung der Mindestvorgaben	Selbstverwaltung: Anpassung der §§ 2, 5, 6, 7 PPP-RL nebst Anlagen

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Flexibilität, auf die strukturellen Herausforderungen in der Erfüllung der Mindestvorgaben zu reagieren. Bisher besteht für Kliniken nur die Möglichkeit, auf z. B. krankheitsbedingten Personalausfälle, kurzfristig stark erhöhte Behandlungstage oder strukturelle Veränderungen in der Einrichtung zu reagieren, indem sie komplizierte Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 PPP-RL oder wenige Ausnahmetatbestände gemäß § 10 PPP-RL in der Nachweisleitung angeben. In den Quartalsberichten zeigt sich, dass diese Möglichkeiten kaum genutzt werden. Dem gegenüber stehen hohe Quoten von Krankenhäusern, die die Mindestvorgaben nicht erreichen. Offenbar greifen besagte Möglichkeiten zu kurz und sind mit zu hohen Aufwänden verbunden, als dass sie so genutzt würden, wie sie gebraucht werden. Eine Lösung könnte ein berufsgruppenübergreifender Bezug der Mindestvorgaben oder über die Zusammenfassung mehrerer Berufsgruppen darstellen.</p>			
50	PPP-RL: jährliche statt quartalsweiser Übermittlung der Nachweise gemäß § 11 Abs. 2 in Verbindung mit § 11 Abs. 13	In der Übergangszeit vom Inkrafttreten der Erstfassung der PPP-RL (01.01.2020) bis 01.01.2025 sollte die quartalsweise Übersendung der Nachweise Informationen für rasche Anpassungen der Richtlinie auf das Versorgungsgeschehen in den Krankenhäusern lie-	Krankenhäuser	Reduzierung des Dokumentations- und Nachweisverfahrens, Erleichterung der Datenübermittlung durch die Krankenhäuser	Selbstverwaltung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>fern. Die Nachweise sind an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, an das IQTIG sowie bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben auch an die jeweilige Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln. Sowohl in den Überarbeitungen der Richtlinie, der Servicedokumente als auch der IQTIG-Empfehlungen zur Spezifikation für die technische Dokumentation sind die Informationen aus den Quartalsberichten kaum eingeflossen, weshalb die Mehrbelastung der Kliniken einer vierteljährlichen Übersendung mit ihren enormen personellen wie technischen Aufwänden nicht mehr gerechtfertigt ist.</p>			
51	PPP-RL: Streichung der Einstufung der Patient/-innen in die Behandlungsbereiche auf Basis von Routinedaten	<p>Mit Beschluss vom 15.09.2022 wurde die stichtagsbezogene Eingruppierung der Patienten/-innen in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 PPP-RL auf die Nutzung vorhandener Routinedaten umgestellt. Bis heute steht den Krankenhäusern weder ein System zur technischen Umsetzung zur Verfügung, noch sind gravierende offene Fragen geklärt, die mit der Umstellung auf Routinedaten zur Eingruppierung der Patient/-innen verbunden sind. Bei allem Bemühen der Beteiligten war es nicht möglich, im G-BA fachlich sinnvolle und für die Mindestvorgaben passende Lösungen zu erarbeiten. Vor diesem Hintergrund ist ggf. eine</p>	Krankenhäuser	Erleichterung der Datenübermittlung durch die Krankenhäuser	Selbstverwaltung: Anpassung des § 6 Abs. 3 PPP-RL

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>Rückkehr zur bisherigen 14-tägigen Stichtageinstufung der Patient/-innen zu überlegen. Mit der Umstellung auf Routinedaten werden die Einrichtungen voraussichtlich neben den Abrechnungsprüfungen des MD mit zusätzlichen Prüfungen der Routinedaten im Rahmen der Qualitätskontrollen rechnen müssen. Bei den Kontrollen der gleichen Daten liegen unterschiedliche Intentionen und Zielstellungen zugrunde, die erheblich kollidieren. Die sich hier überlappenden Prüfungen aufgrund der Umstellung auf Routinedaten erhöhen den bürokratischen Aufwand in der Nachweisführung für die Einrichtungen einerseits wie auch die Aufwände rund um die Modalitäten bei den Prüfungen des MD andererseits</p>			
52	PPP-RL: Streichung der Erläuterungen zu den übernommenen Regelaufgaben / Qualifikationsnachweise	<p>Gemäß § 8 Abs. 3 und 5 PPP-RL können Personen aus den Berufsgruppen untereinander oder in begrenztem Umfang aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen auf die Personalausstattung angerechnet werden. Voraussetzung dafür ist die Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4 PPP-RL. Dies bedeutet einen enormen bürokratischen Aufwand in der Dokumentation und der Nachweisführung für das Krankenhaus. Für jede angerechnete Berufsgruppe muss u. a. erläutert werden, welche Regelaufgabe gemäß Anlage 4</p>	Krankenhäuser	Reduzierung des Dokumentations- und Nachweisverfahrens, Erleichterung der Datenübermittlung durch die Krankenhäuser	Selbstverwaltung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>PPP-RL der anderen Berufsgruppe übernommen wurde. Im Zuge sich wandelnder Behandlungskonzepte in der Psychiatrie und Psychosomatik bilden die Grenzen der Anlage 4 und damit die Zuordnung der Regelaufgaben zu den einzelnen Berufsgruppen kaum die Versorgungsrealität ab. Ein ähnlicher Aufwand ergibt sich für die Kliniken durch die Führung der Qualifikationsnachweise des therapeutischen Personals.</p>			
53	<p>PPP-RL: Streichung des stations- und monatsbezogenen Nachweises (Servicedokument Teil B)</p>	<p>Grundsätzlich sind sämtliche Einrichtungen dazu verpflichtet, die Dokumentation von mehr als zehn Tabellenblättern inklusive mehrfacher Unterschriften von ärztlicher Leitung, Pflegedirektion und Geschäftsführung quartalsweise an verschiedene Datenempfänger zu übersenden. Befindet sich eine Einrichtung zusätzlich in der bis 31.12.2025 geltenden Stichprobe gemäß § 16 Abs. 8 PPP-RL, sind die Nachweise in zwei Dokumententeilen (zusätzlich stations- und monatsbezogen, Teil B des Servicedokuments) zu führen. Damit kommen Einrichtungen auf 28 Tabellenblätter, die vierteljährlich zu übersenden sind. Die geforderten kleinteiligen, stationsbezogenen Dokumentationen sind nicht mit den aktuellen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungskonzepten vereinbar, die stations-</p>	Krankenhäuser	<p>Reduzierung des Dokumentations- und Nachweisverfahrens, Erleichterung der Datenübermittlung durch die Krankenhäuser</p>	Selbstverwaltung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		übergreifend und am individuellen Patientenbedarf orientiert sind, und überlasten das Personal zunehmend. Eine Nichteinhaltung dieser Mitwirkungspflichten ist zudem mit finanziellen Sanktionen belegt und setzt die Krankenhäuser dadurch weiter unter Druck.			
54	Meldepflichten nach § 6 und 7 IfSG	Gleichlautende Meldungen (namentliche Meldung einer Erkrankung bzw. namentliche Meldung eines Krankheitserregers) müssen sowohl durch den behandelnden Krankenhausarzt als auch durch das feststellende Labor erfolgen. Hier sollte die Meldeverpflichtung auf die Labormeldung beschränkt werden.	Krankenhäuser und (Krankenhaus-)Labore, RKI, DEMIS, Gesundheitsämter	Doppelmeldungen, Aufwandsreduktion, Freisetzung von Personal	Beschränkung der namentlichen Meldepflicht einer Infektionskrankheit auf die Meldung des Krankheitserregers durch das Labor.
55	Krankenhauskapazitätssurveillance KHKapSurV i.V.m. § 13 Absatz 7 IfSG	DEMIS-Meldung (vollstationäre nicht intensivmedizinische somatische Betten) täglich bis 11 Uhr mit Stand Vortag 12 Uhr DIVI-Meldung (belegte und der belegbare Intensivbetten) täglich bis 12 Uhr Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen. Auch an Wochenenden, an denen der Empfänger nicht ausgewertet und sichtet, wird die Bettenmeldung gefordert. Eine Reduktion der Meldungen würde sich daher auf die Erfüllung des Zwecks nicht auswirken. Zudem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung	Krankenhäuser, RKI, DEMIS, DIVI-Register	Die Meldungen führen zu hohen Aufwänden in den Krankenhäusern, werden aber derzeit nicht genutzt.	Aussetzung der täglichen Meldepflichten im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance bis erneut eine kritische Lage eintritt. Mindestens aber sollte die Meldehäufigkeit zu Surveillancezwecken reduziert und am Wochenende ausgesetzt werden (z.B. 3xwöchentliche Meldungen an Mo, Mi, Fr).

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		tung auf Landesebene (IVENA). Insgesamt sollten die Meldewege vereinfacht werden (insbes. ins DIVI-Register).			
58	Energieaudit gemäß EDL-G und EnEFG	Gemäß § 8 Abs. 1 und 2 EDL-G sind Unternehmen verpflichtet, ein Energieaudit durchzuführen. Gemäß Absatz 3 sind Unternehmen von dieser Pflicht befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem eingerichtet haben oder mit der Einrichtung begonnen haben Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 8 Abs. 2 EnEFG, wonach Unternehmen bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Absatz 1 EDL-G befreit sind, längstens jedoch bis zum Ablauf der in Satz 1 oder 2 genannten Fristen [20 Monate]	Krankenhäuser	Zusätzlicher Aufwand. Wer ein UMS oder EMS aufbaut oder hat, sollte kein Energieaudit mehr durchführen müssen. Die 20-Monate-Frist im EnEFG sollte gestrichen werden.	Streichung der 20-monatigen Übergangsfrist, während der die betroffenen Unternehmen von der Pflicht zum Energieaudit befreit sind, weil sie ein UMS/EMS einrichten.
59	Neue gesetzliche Vorgabe zur Etablierung Webportals für einfache Datenabfragen gemäß diversen Richtlinien des G-BA	Mehrere Richtlinien des G -BA (u. a. zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Mindestmengenregelung) sehen eine Übermittlung von Nachweisen, Meldungen, Strukturabfragen, Meldungen zu Ausnahmetatbeständen, Anträgen usw. vor. Selbst innerhalb einer Richtlinie sind unterschiedliche Adressaten/Annahmestellen vorgesehenen, beispielsweise IQTIG, Kassenvertreter vor Ort und/oder Landesverbände der GKV. Teilweise beste-	Leistungserbringer/Krankenkassen/Länder	Wegfall komplexer Einzelösungen und fehleranfälliger Implementierungen in bestehende Systeme. Einheitliches System für alle. Enormes Potential für die Entbürokratisierung.	Gesetzliche Vorgabe an die Selbstverwaltung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		<p>hen zusätzlich Überschneidungen mit Vorgaben aus anderen Richtlinien. Im Zeitalter der Digitalisierung ist es dringend erforderlich, dass die Meldewege vereinheitlicht werden und die normativ auferlegte Datenerfassung für jede Einrichtung so einfach wie möglich gemacht wird. Hierfür ist ein zentrales Webportal vom bzw. im Auftrag des Normgebers zur Sicherstellung eines transparenten und wirtschaftlichen Vorgehens zu implementieren (analog z.B. zu ELSTER), welches insbesondere Richtlinien adressiert, die mit Ihren Vorgaben zum einen vergleichsweise geringe Menge an zu erhebenden Daten vorsehen und zum anderen direkte Datenflüsse vom Absender an die Empfänger vorgeben. Bisher werden hierfür Insellösungen von in einem Oligopol agierenden Softwareanbietern auf Kosten der abhängigen Leistungserbringer entwickelt, bei denen häufig individuelle Umsetzungsprobleme zu Tage treten. Ein offizielles Webportal mit Dateneingabemöglichkeit sowie einer Schnittstelle ggf. für käuflich zur Verfügung stehende Software stellt eine verbindliche und transparente Grundlage für einen effizienten Datenaustausch aller am Prozess Beteiligten dar.</p>			

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
60	Neuregelung von Qualitätskontrollen	<p>MD-Qualitätskontrollen binden hohe personelle sowie zeitliche Ressourcen und werden vom jeweiligen MD sehr unterschiedlich durchgeführt. Immer wieder kommt es hierbei zu strittigen Textauslegungen zwischen MD und Leistungserbringern. Die Beanstandungen basieren teilweise auf einer unrichtigen oder willkürlichen Beurteilung der in den G-BA-Richtlinien enthaltenden Vorgaben.</p> <p>Der MD ist in seinem Handeln nicht unabhängig von den Interessen des GKV-SV. Das eigentliche Ziel der Qualitätskontrollen sollte das Erkennen und Beseitigen von Qualitätsdefiziten sein, um so die Einhaltung der Mindest- und Qualitätsanforderungen zu gewährleisten. Tatsächlich haben die Qualitätskontrollen und deren Folgen, in einem nicht ganz unwesentlichen Umfang, das primäre Ziel Vergütungsabschlüsse und Vergütungswegfälle durchzusetzen. Diese führen wiederum zu Einsparungen auf Seiten der Kassen. Das Entkoppeln monetärer Zwänge von Qualitätskontrollen würde zu einem sachgerechteren Umgang bei der Auslegung der G-BA Richtlinien führen – Entscheidungsspielräume bei der Interpretation unbestimmter Rechtsbegriffe könnten ermessensfehlerfrei genutzt werden.</p>	Krankenhäuser/MD	Geringere Prozesskosten durch Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten	Gesetzliche Neuregelung in § 137 Abs. 1 SGB V

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
61	Überarbeitung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser	<p>Durch das Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes, insbes. des neuen § 135d SGB V zum „Transparenzverzeichnis“ werden erhebliche Parallelstrukturen zum bereits bestehenden Qualitätsbericht der Krankenhäuser gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geschaffen. Daher ist an § 136b Abs. 6 SGB V anzufügen:</p> <p>Der G-BA prüft erstmals bis 31.12.2024 und anschließend jährlich, ob und inwiefern im Rahmen des Verzeichnisses gem. § 135d und der Qualitätsberichte gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 redundante Inhalte erfasst und veröffentlicht werden. Er passt die Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 an, um Dopplungen und insbesondere redundante Übermittlungspflichten für Leistungserbringer zu vermeiden.</p>	Krankenhäuser	Vermeidung überflüssiger Parallelstrukturen in Datenerfassung, -übermittlung, -aufbereitung seitens der Leistungserbringer, der Selbstverwaltung und des IQTIG; Vermeidung intransparenter Parallelstrukturen zur Veröffentlichung patientenrelevanter Information	Gesetzliche Änderung, Selbstverwaltung
62	PEPP-System in der Komplexität reduzieren	Neuausrichtung des Pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) als klares Instrument für Abschlagszahlungen, mit deutlicher Komplexitätsreduktion. Die aktuell komplexen Abrechnungsmodalitäten führen zu hohen administrativen Aufwänden in den betroffenen Einrichtungen.	Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Kostenträger	Erhebliche Senkung der administrativen Last und Fehleranfälligkeit in der Abrechnung; verbesserte Transparenz und Effizienz im Finanzmanagement der Einrichtungen.	Gesetzliche Neuregelung und Anpassungen durch den Gesetzgeber und Selbstverwaltung
63	Harmonisierung von NUB-Entgelten	Harmonisierung der beiden Rechtskreise Krankenhausfinanzierung und Arzneimittelrecht.	Krankenhäuser, Pharmakonzernunternehmen, Kostenträger	Reduzierung des Verwaltungsaufwands und der	Gesetzliche Neuregelung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		Gangbarmachung von Erstattungsbeträgen mit der Krankenhausabrechnung von NUB-Entgelten durch ein praktikables Verfahren.		Komplexität in der Preisfindung und -verhandlung.	
64	Umgestaltung des FDA in einen SKA	Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ist in einen Strukturkostenausgleich (SKA) zu überführen und dabei die praktische Umsetzung auf der Ortsebene deutlich zu vereinfachen (analog DKG-Position zum KHVVG).	Krankenhäuser, Kostenträger	Vereinfachung der finanziellen Abrechnungen und Verringerung des administrativen Aufwands.	Gesetzliche Neuregelung
65	Abschaffung Nachweispflichten PSY	Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleiches gem. § 4 BpflV. Abschaffung des Psych-Personalnachweises gem. § 18 Abs. 2 BpflV.	Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und Fachabteilungen, Krankenkassen	Reduktion von Dokumentationsaufwand und administrativen Kosten.	Gesetzliche Neuregelung
66	Streichung der Übermittlungspflicht der Daten zur PPUg für den Geltungsbereich BpflV	Entfall der Verpflichtung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zur Übermittlung der Daten zur Personaluntergrenze (PPUG), da diese im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) als redundant angesehen werden.	Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und Fachabteilungen	Einsparung von Verwaltungsaufwand und Ressourcen.	Streichung durch den Gesetzgeber
67	Normative Vorgaben für Dokumente	Die Anzahl der für die Krankenhaus-Budgetverhandlungen erforderlichen Dokumente sollte auf das absolut Notwendige zu beschränkt werden.	Krankenhäuser, Kostenträger	Reduzierung der Nachforderungen und damit verbundener Verwaltungsaufwand.	Gesetzliche Regelung
68	Aufhebung des DRG-Systemzuschlags und G-BA-Systemzuschlags	Abschaffung des DRG-Systemzuschlags und des G-BA-Systemzuschlags zugunsten einer direkten Finanzierung des InEK, des G-BA, IQWiG und IQTiG durch die Kostenträger, wodurch die Krankenhäuser vollständig von	InEK, Kostenträger, Krankenhäuser, G-BA	Reduktion administrativer Belastungen und Vereinfachung der Finanzflüsse.	Gesetzliche Neuregelung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		dem aufwendigen Verfahren der Erhebung und Zuschlagsabführung entlastet würden.			
69	Abschaffung des Nachweises der Mittelverwendung für Tariferhöhungen	Abschaffung des Nachweises über die zweckentsprechende Mittelverwendung der zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal (das nicht im Pflegebudget enthalten ist) nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG und § 3 Absatz 4 BPfIV i. V. m. § 11 Absatz 1 Satz 5 BPfIV	Kostenträger, Krankenhäuser	Reduktion von Verwaltungsaufwand und bürokratischer Belastungen.	Gesetzliche Neuregelung
70	Abschaffung von Nachweispflichten KHEntgG	Abschaffung des Nachweises der zweckentsprechenden Mittelverwendung der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit entsprechenden Streichungen in § 4 Absatz 8a KHEntgG Aufhebung des Nachweises der zweckentsprechenden Mittelverwendung des Erlösvolumens für Kinder und Jugendliche nach § 4a KHEntgG Aufhebung des Nachweises der zweckentsprechenden Mittelverwendung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung nach § 5 Abs. 2b und c KHEntgG	Krankenhäuser, Kostenträger	Reduzierung von Dokumentationsaufwand und bürokratischen Hürden.	Streichung durch den Gesetzgeber
71	Streichung des § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V	Informationen zu IK könnten aus dem Standortverzeichnis genutzt werden. Hierzu müsste	Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger	Reduzierung von Meldepflichten und Vereinfachung der Informationsnutzung.	Gesetzliche Neufassung und Anpassung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		das Meldeverfahren zu § 115b im Rahmen einer Vertragsanpassung dann auch neu aufgesetzt werden.			
72	Vereinfachung der Anträge zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV)	Die Freigabe der Leistungserbringung im Sinne des KV-Rechtes innerhalb der Kliniken sollte allgemeingültig ohne weitere Zulassungserfordernisse oder Meldepflichten erfolgen. Alternativ muss die Antragsstellung gegenüber der KV mindestens grundlegend reformiert und digitalisiert werden.	Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger	Beschleunigung und Vereinfachung der Prozesse für ambulante Dienstleistungen.	Gesetzliche Neuregelung und Anpassungen durch Selbstverwaltung
73	Neufassung des § 115f KHG	Überarbeitung des § 115f KHG, um die Ambulantisierung im Krankenhaus zu fördern und klare sowie planbare Rahmenbedingungen zu schaffen.	Krankenhäuser, kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger	Erleichterung und Beschleunigung der sektorenübergreifenden Versorgung in den Krankenhäusern.	Gesetzliche Neufassung
74	Reform der Übergangspflegevorgaben im SGB V	Die Übergangspflege erfordert eine Neuausrichtung, um den aktuellen Versorgungsrealitäten gerecht zu werden. Vorgeschlagen wird: Datenredundanz eliminieren Vereinfachung der Anschlussversorgeranfrage Anpassung der Anfragepflicht bei Engpässen: In Regionen mit Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich soll die verpflichtende Anfrage von Anschlussversorgern durch das Krankenhauspersonal gestrichen werden.	Krankenhäuser, Kostenträger, Pflegeeinrichtungen, Patienten	Datenredundanz: Eliminierung unnötiger Doppelarbeit und Verwaltungsaufwand. Anschlussversorgeranfragen: Reduktion bürokratischer Hürden und Vereinfachung der Prozesse. Fristenanpassung: Realistischere Zeitrahmen bieten den Kliniken mehr Flexibilität und verringern die Rücküberweisungen.	Gesetzliche Neuregelung, mit angepassten Vorgaben für die Selbstverwaltung

Nr.	Maßnahme	Beschreibung der Maßnahme (Erläuterung/Hintergrund)	Betrifft (z.B. Leistungserbringer/Krankenkassen/Versicherte)	Entbürokratisierungspotenzial (Angaben zur Quantifizierung der Maßnahme)	Umsetzungsform (z. B. gesetzliche Neuregelung/Anpassung, Selbstverwaltung)
		Anpassung der Fristen für Übergangspflege: Das Zeitlimit für die Übergangspflege im Krankenhaus soll von 10 Tagen auf einen realistischen Zeitraum von bis zu 3 Monaten verlängert werden, insbesondere für Patienten, die häufig wieder eingewiesen werden („Drehtürpatienten“). Eine gestaffelte Vergütung für die Monate 1 bis 3 wird vorgeschlagen.		Generelle Entlastung: Reduktion des Gesamtaufwands für die Übergangspflege, was zu einer verbesserten Patientenversorgung und geringeren Kosten führt.	